

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online) tijdschriften van Boom uitgevers zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Auteursrecht ten aanzien van tekst- en datamining en machinelearning is nadrukkelijk voorbehouden.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-uvo.nl).

No part of this article may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher. No part of this publication may be reproduced in the context of text and data mining for any other purpose which is not expressly permitted by law without permission of the publisher.

De meerwaarde van klinische diagnostiek voor behandeling

KAMPHUIS, J. H., NOORDHOF, A., & HOPWOOD, C. J. (2021). When and how assessment matters: An update on the Treatment Utility of Clinical Assessment (TUCA). *Psychological Assessment*, 33, 122-132.
<https://doi.org/10.1037/pas0000966>

In dit artikel onderzoeken de auteurs de meerwaarde van klinische diagnostiek voor behandeling (Treatment Utility of Clinical Assessment; TUCA), ofwel de mate waarin klinische diagnostiek bijdraagt aan betere behandelresultaten (klinische diagnostiek kan immers ook andere doelen dienen, die echter buiten het bestek van het artikel vallen). Dit onderwerp is regelmatig onderwerp van soms felle discussie, mede als gevolg van wisselende onderzoeksresultaten. Sommige studies laten positieve resultaten zien (bijvoorbeeld verbetering in motivatie en behandelplanning), terwijl andere negatieve resultaten rapporteren.

De auteurs benadrukken om te beginnen dat de vraag ‘in hoeverre klinische diagnostiek bijdraagt aan betere behandelresultaten’ te breed is. Ze pleiten voor een beter en meer gedetailleerd begrip van de omstandigheden waaronder en de mechanismen waarmee diagnostiek al dan niet bijdraagt aan de zorg voor onze patiënten.

De auteurs beschrijven vijf methodologische aspecten die een rol spelen in (goed of minder goed) TUCA-gerelateerd onderzoek. Ten eerste is het belangrijk onderscheid te maken tussen directe en indirecte effecten van diagnostiek. Directe effecten verwijzen naar de positieve effecten van de diagnostiek op zichzelf, zoals verhoogd zelfinzicht en motivatie. Indirecte effecten betreffen de manieren waarop diagnostiek kan worden gebruikt om de daaropvolgende behandeling te verbeteren, bijvoorbeeld door middel van het selecteren en toepassen van specifieke interventies of stijlen. Ten tweede zijn er duidelijke hypothesen nodig over de mechanismen waarmee diagnostiek wordt gedacht bij te dragen aan het behandelresultaat. Ten derde moet er voldoende variabiliteit zijn in bijvoorbeeld de problematiek van de proefpersonen en in de beschikbare behandelopties. Ten vierde zouden ook de uitkomsten op de langere termijn en in andere domeinen dan alleen de primaire klachten meegenomen moeten worden, zoals therapietrouw en relationeel of maatschappelijk functioneren. Ten vijfde zou replicerbaarheid van onderzoek meer aandacht moeten krijgen. Te weinig aandacht voor deze vijf aspecten heeft als gevolg dat onderzoek naar de meerwaarde van klinische diagnostiek voor behandeling, deze meerwaarde mogelijk niet alleen niet aantoon, maar vooral op voorhand niet aan kán tonen.

Het artikel bespreekt vervolgens het onderzoek naar de meerwaarde van vier benaderingen van klinische diagnostiek: [1] actuariële diagnostiek, [2] classificerende diagnostiek, [3] klinische persoonlijkheidsdiagnostiek, en [4] diagnostiek als behandeling. Van elke benadering komen sprekende voorbeelden aan bod, alsook aanbevelingen voor hoe het onderzoek ernaar verbeterd kan worden door aandacht voor de hiervoor genoemde methodologische aspecten. Een interessant voorbeeld is het alomtegenwoordige gebruik van DSM-classificaties als inclusiecriteria voor onderzoek naar behandel-effectiviteit. Of dit meerwaarde heeft voor de behandel-effectiviteit weten we in feite niet, omdat er geen of nauwelijks onderzoek is dat DSM-classificaties op dit punt vergelijkt met andere diagnostische benaderingen: een voorbeeld van te weinig variatie, in dit geval in de klinische diagnostiek zelf.

De auteurs benadrukken dat de meerwaarde van klinische diagnostiek afhankelijk is van de specifieke context, zoals de complexiteit van de problematiek en de beschikbaarheid van verschillende behandelingsopties. Een belangrijke conclusie is dat uitgebreide klinische diagnostiek vooral nuttig lijkt bij complexe problematiek, of wanneer lopende of eerdere behandelingen zijn gestagneerd. Ze pleiten voor een stapsgewijze aanpak van de diagnostiek (*stepped assessment*), waarbij de intensiteit van de diagnostiek wordt afgestemd op de behoeften van de patiënt.

Het artikel besluit met de oproep om toekomstige onderzoeken naar de meerwaarde van klinische diagnostiek meer te richten op de mechanismen achter deze meerwaarde en de voorwaarden waaronder deze optreden en zich in onderzoek kunnen manifesteren. De indirecte effecten van klinische diagnostiek moeten beter worden begrepen en replicatie van onderzoek naar de meerwaarde van klinische diagnostiek verdient meer aandacht. Kortom: klinische diagnostiek kan meerwaarde hebben voor behandelingen, maar deze meerwaarde is afhankelijk van diverse factoren en moet worden onderzocht in onderzoek dat zodanig is opgezet dat deze meerwaarde zich kan manifesteren.

Commentaar van de redactie (Arnold van Emmerik)

De meerwaarde van klinische diagnostiek voor behandeling is een veelbesproken onderwerp. Ook binnen onze vereniging vang je nog weleens op dat klinische diagnostiek weinig tot geen nut zou hebben, of dat het onderzoek hiernaar al met al maar weinig bruikbaar heeft opgeleverd. Het eerste punt lijkt me niet alleen veel te grofmazig (welke diagnostiek, bij welke patiënt met welke problematiek?) maar ook ten principale onjuist: we kunnen niet zonder diagnostiek, al was het maar om te bepalen welk behandelprotocol of zorgprogramma zal worden ingezet. Het artikel van Kamphuis en collega's (2021) gaat dieper in op met name op het tweede punt. Het is een rijk en doordacht artikel, waaraan in deze rubriek onmogelijk volledig recht kan worden gedaan. De kern ervan is mijns inziens dat we beslissin-

gen over de inzet van klinische diagnostiek in onze behandelingen niet alleen moeten baseren op onderzoek naar de meerwaarde daarvan, maar vooral op onderzoek dat zodanig is ontworpen dat het die meerwaarde – als die er is – ook daadwerkelijk heeft kunnen aantonen. De auteurs beschrijven een aantal redenen waarom dat in veel onderzoek niet het geval is. Een duidelijk en sprekend voorbeeld van zo'n reden – hiervoor als derde genoemd – is onvoldoende varia(n)tie: in studies waarin bijvoorbeeld de aard en ernst van de problematiek van de deelnemers te weinig varieert, of waarin het niet mogelijk is om keuzes voor of binnen specifieke interventies ook daadwerkelijk op de diagnostiek van deze problematiek te baseren (zoals in gerandomiseerde trials of studies in sterk monodisciplinaire settings), kan klinische diagnostiek simpelweg geen meerwaarde voor de behandeling hebben. Uit dergelijk onderzoek concluderen dat diagnostiek geen meerwaarde heeft, is dan een *false negative*.

Van een heel andere orde, maar even terecht, is de boodschap dat goed onderzoek naar de meerwaarde van klinische diagnostiek voor behandeling (dus onderzoek dat zodanig is ontworpen dat die meerwaarde zich erin kan manifesteren) bovendien zodanig fijnmazig is, dat het niet zomaar gegeneraliseerd kan worden over verschillende diagnostische methoden, patiënten, klachten of settings. En dat specifieke vormen van diagnostiek, zoals het semigestructureerde *therapeutic assessment*, ook op zichzelf – dus niet via keuzes voor of binnen specifieke interventies – een positief effect kunnen hebben.

Met deze en andere overwegingen over onderzoek naar de klinische meerwaarde van diagnostiek, zou dit artikel goed kunnen bijdragen aan een fundamentele discussie over dit onderwerp binnen onze vereniging. Het bevat ook een aantal implicaties voor de dagelijkse praktijk. Denk na over wat u met diagnostiek wilt bereiken, wat onderzoek daarover zegt, en vooral ook of het zo is opgezet dat het daarover iets heeft kunnen zeggen. Overweeg stepped assessment (het aanpassen van de complexiteit van de diagnostiek aan die van de problematiek), wat in sommige situaties ook aanleiding zou kunnen zijn voor minder of zelfs geen diagnostiek. Een pleidooi kortom niet zozeer voor of tegen het gebruik van diagnostiek voor indicatie, maar veeleer voor meer aandacht voor de indicatie voor diagnostiek.